
ASIAKKAAN TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA TYÖSKENTELY KOTIHOIDOSSA




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 20.05.2013

Oma Allekirjoituksesi

Sini Kylämäki ja Minna Ratas



FORSSA
Hoitotyönkoulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät	Sini Kylämäki ja Minna Ratas	Vuosi 2013
Työn nimi	Asiakkaan toimintakykyä tukeva työskentely kotihoidossa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten asiakkaan toimintakykyä tukeva työskentely toteutuu kotihoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakkaan toimintakykyä tukevasta työskentelystä kotihoidossa. Tiedon avulla voidaan kehittää työtapoja, joilla mahdollistetaan asiakkaan kotona asuminen pidempään. Tarkoituksena oli myös selvittää työntekijöiden koulutustarpeita.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka laadittiin teorialietoon pohjautuen. Kyselyn kohdejoukkona oli kotihoidon henkilökunta (N=44) ja vastausprosentti oli 67 prosenttia.

Tulokset osoittivat, että toimintakykyä tukeva työskentely toteutuu kotihoidossa tällä hetkellä suhteellisen hyvin. Työntekijöistä suurin osa on tietoisia toimintakyvyn tukemisen osa-alueista ja työskentelevät asiakkaiden kanssa niiden mukaisesti. Toimintakykyä arvioivia mittareita tunnetaan vähän ja niitä myös käytetään vähän. Asiakkaita osataan opastaa apuvälineiden käytössä ja niiden hankinnassa. Asiakkaita ja heidän omaisiaan ei juurikaan oteta huomioon hoitoa ja palvelua suunniteltaessa. Myöskään asiakkaiden yksinäisyyteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota.

Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää, että työntekijät voisivat perehtyä perusteellisemmin asiakkaiden elämäntilanteeseen, tutustua erilaisiin toimintakyvyn mittareihin ja ottaa niitä käyttöön. Asiakkaat ja heidän omaisensa voisi jatkossa ottaa paremmin huomioon hoitoa ja palvelua suunniteltaessa ja asiakkaiden yksinäisyyteen voisi kiinnittää enemmän huomiota. Lisäksi voisi resurssien puitteissa toteuttaa vastaajien itse esille tuomia toiveita.

Avainsanat Kotihoito, toimintakyvyn tukeminen, asiakas

Sivut 29 s. + liitteet 4 s.

Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered nurse

Authorø	Sini Kylämäki ja Minna Ratas Year 2013
Subject of Bachelorø thesis	Clientø functional capacity supporting work in home care

ABSTRACT

The aim of this thesis was to determine, how the clientø functional capacity supporting work is carried out in home care. The aim was to provide information about the clientø functional capacity supporting work in home care, which can be used to develop working practices, to enable the client to live at home for a longer time. Another aim was to find out the educational needs of the workers.

The thesis was carried out as a quantitative study. The data was collected using a structured questionnaire, which was prepared based on literature, made by the researchers themselves. The target population was the whole home care staff (N = 44) and the response rate was 67% per cent.

The results showed that functional capacity supporting work is realized relatively well in home care at the moment. The majority of employees are aware of the elements that are included in the functional supporting work and work with the clients in accordance with them. The indicators that are used to measure oneø functional capacity are known just a little and they are used little, too. The employees know how to guide the clients with use of the aids and how to get them. The clients and their families are barely taken into account when planning care and service. Likewise, enough attention is not paid to the clientsø loneliness and the things that are related to it.

Based on the results of the thesis research, it can be suggested that the workers gain familiarity with the clientsø life cycles. They could get familiar with the indicators that are used to measure the clientsø functional capacity and take them to use. In the future they could pay more attention to the clientø and their relatives while planning the clientsø care and service. The educational wishes, suggested by the people surveyed, could be put into practice within the constraints of the financial resources.

Keywords Home care, supporting the functional capacity, client.

Pages 29 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KOTIHOITO JA KOTIHOIDON TULEVAISUUS	2
2.1	Kotihoito.....	2
2.2	Kotihoidon muutoshaasteet	3
3	TOIMINTAKYKY	4
3.1	Ikääntyminen ja toimintakyvyn muutokset	5
3.2	Toimintakyvyn arviointi.....	5
3.3	Toimintakyvyn osa-alueet	8
4	TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA TYÖSKENTELY	9
4.1	Toimintakyvyn tukeminen.....	10
4.2	Toimintakyvyn tukemisen prosessi.....	11
4.3	Toimintakyvyn tukemisen osa-alueet.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	13
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	14
6.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	14
6.2	Aineiston kerääminen.....	14
6.3	Aineiston analysointi ja raportointi.....	15
6.4	Opinnäytetyön luotettavuus	15
6.5	Opinnäytetyön eettisyys	16
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	17
7.1	Taustatiedot.....	17
7.2	Toimintakyvyn arviointi.....	18
7.3	Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu	19
7.4	Toimintakyvyn tukemisen toteutus.....	20
7.5	Itsensä kehittämisen tarpeet.....	21
7.6	Koulutustarve.....	21
8	TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	22
8.1	Toimintakyvyn arviointi.....	22
8.2	Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu	23
8.3	Toimintakyvyn tukemisen toteutus.....	24
8.4	Itsensä kehittäminen ja koulutustarve	25
8.5	Johtopäätökset.....	26
8.6	Kehittämisehdotukset	26
	LÄHTEET	27
Liite 1	Saatekirje	
Liite 2	Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Vanhusten määrä kotihoidossa tulee kaksinkertaistumaan vuoteen 2030 mennessä. Nykyisessä hallitusohjelmassa korostetaan, että vahvistamalla kotihoitoa ja kehittämällä sitä tukevia palveluita, saadaan uudistettua vanhusten huollon palveluja. Painopisteenä on tukea asiakkaan voimaantumista ja osallisuutta. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 214/2010, 13,16.) Koska kaupunki, jonka kotihoidolle työ tehtiin, on ikäihmisvoittoinen, tulee kotihoidonkin asiakaskunta kasvamaan.

Suomen ikääntyessä nopeaan tahtiin, vuonna 2026 työikäisiä on koko väestöstä 58 prosenttia. Näin ollen työn uudelleen organisoinnista tulee yksi keskeisimmistä kehittämishankkeista. Lisäksi kysymykseen tulee rajalliset resurssit ja kotihoidon asiakkuuden kriteeristö, eli kuka saa palveluja, eikä ei.

Opinnäytetyön kohteena olevassa kotihoidossa työskentelee kodinhoitajia, kotiavustajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Kodinhoitajilla ja kotiavustajilla on erilainen työnkuva kuin lähihoitajilla. Lähihoitajat huolehtivat perushoidon lisäksi asiakkaiden lääkehoidon toteutuksesta, haavojen hoidosta ja esimerkiksi verenpaineen mittauksesta, näitä töitä ei ole kodinhoitajilla ja kotiavustajilla. Tämä tulee muuttumaan ja muuttamaan työnkuvaa, koska vanhat työntekijät eläköityvät. Sairaanhoitajilla on omat vastuualueensa, jossa he esimerkiksi vastaavat sairaanhoidollisista toimenpiteistä sekä tiimien toiminnasta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa asiakkaan toimintakykyä tukevasta työskentelystä kotihoidossa. Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää työtapoja, joilla mahdollistetaan asiakkaan kotona asuminen pidempään. Työn tavoitteena on myös selvittää työntekijöiden koulutustarpeita. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii työn tilaavan kaupungin kotihoito.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön selviytymistä itselleen välttämättömistä ja merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä jossa hän elää (Laine 2006). Ikääntyneiden palvelujen ja hoidon keskeisiä tavoitteita ovat asiakkaan toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen mahdollistaminen niin, että asiakkaan omatoimisuus ja mahdollisuus itsenäiseen elämään säilyy (Haapaniemi & Routasalo 2009, 34–39). Periaatteena toimintakyvyn tukemisessa on, että asiakas on mukana kaikissa toiminnoissa omien kykyjensä mukaan. Tämän edellytyksenä on työntekijöiden yhtenäinen näkemys ikääntyneestä henkilöstä ja hoidon tavoitteisiin sitoutumisesta. (Vähäkangas & Noro 2009, 99–105.)

2 KOTIHOITO JA KOTIHOIDON TULEVAISUUS

Kotihoito on toimintaa, jossa kotihoidon ja kotisairaanhoidon palvelut on yhdistetty yhdeksi palvelumuodoksi. Kotihoito palveluna ei ole lainsäädännöllistä, mutta sen sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa sekä sosiaalihuoltoasetuksissa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 214/2010, 18.)

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrättyssä laissa todetaan että, ösosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 1:8 §.)

2.1 Kotihoito

Kotihoidon tehtävänä on tukea ja auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin. Kotihoito auttaa selviytymään arjen askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista, kuten hygienian hoitamisesta. Kotihoidon työntekijät seuraavat lisäksi asiakkaiden vointia ja antavat neuvoja koskien palveluita. Monissa kunnissa kotihoitoa saa iltaisin ja viikonloppuisinkin, myös yöpartiot ovat lisääntymässä. Kotihoitoa täydentävät erilaiset tukipalvelut, joita voivat olla esimerkiksi ateriapalvelu ja kylvytys. Kotisairaanhoidon toteuttaa kotona lääkärin määräyksiä, ottaa verinäytteitä, valvoo lääkitystä ja seuraa potilaan vointia. (STM 2012.)

Laadukkaasti toteutettu kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja edistää asiakkaan kuntoutumista. Palveluja saavat ikäihmiset, vammaiset ja sairaat sekä lapsiperheet kriisitilanteissa ja sairastapauksissa. Palveluista laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa ja se tulee tarkistaa säännöllisesti tai tarpeen vaatiessa. Kotihoidon esimies päättää kotihoidon saannista, kotisairaanhoidon valvoo terveyskeskus. Kotihoito on maksullista palvelua ja sen maksu määräytyy sen mukaan, onko kyseessä tilapäinen vai säännöllinen palvelu. Jatkuvassa kotihoidossa maksu määräytyy asiakkaan tulojen ja perheen lukumäärän mukaan. (STM 2012.)

Kotihoidon sisältöä ei ole lainsäädännössä määritelty, joten kunnat saavat oman harkintansa mukaan päättää palvelujen kohdentamisesta ja laajuudesta. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 214/2010, 16). Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan elämänhallintaa ja toimintakykyä siten, että hän voi asua turvallisesti kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoitopalvelujen saanti perustuu tarveperiaatteeseen ja palveluja tarjotaan niitä eniten tarvitseville. Tätä varten kunnat ovat laatineet kotihoidon kriteerit, joiden mukaan kotihoitoa voi saada eri-ikäiset ihmiset, jotka eivät selviydy kotona itsenäisesti. Kotihoidon tarkoituksena on järjestää palveluja asiakkaille oikeudenmukaisesti sekä antaa palveluita niitä eniten tarvitseville. Palvelut on tarkoitettu asiakkaille, jotka kotona selviytyäkseen tarvitsevat säännöllisesti hoivaa, huolenpitoa ja/tai sairaanhoidollista apua joko päivittäin tai

viikoittain. Jos palvelun tarve on harvemmin tai se ei ole pysyvää, ostaa asiakas palvelut ensisijaisesti yksityiseltä palveluntarjoajalta. (Ikonen 2013, 18, 28.)

2.2 Kotihoidon muutoshaasteet

Suomi on nopeimmin ikääntyvä maa Euroopassa. Ennusteen mukaan 15 65-vuotiaita eli työikäisiä on vain 58 prosenttia väestöstä vuonna 2026. Vaikka Suomessa on varauduttu ikärakenteen muutokseen monellakin tavalla, on yhteiskuntaamme uudistettava ja sopeutettava koko ajan, koska edessä on hyvin nopea muutoskausi suurten ikäluokkien tullessa korkeaan ikään. (STM 2012.)

Työikäisten määrän vähentyessä sosiaali- ja terveysalalla tulee työn uudelleen organisoinnista yksi keskeisimmistä kehittämistarpeista. Kysymys on myös rajallisista resursseista sekä kotihoidon asiakkuuden kriteereistä eli saako ikääntynyt kotihoidon palveluita vain sairaanhoidollisista syistä vai onko hänellä mahdollisuus saada apua myös arkipäivän toimissa ja sosiaalisista syistä. Pidetäänkö haavanhoitoa tärkeämpänä kuin toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää hoitotyötä. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen on myös kustannustehokasta. Se lisää asiakkaan elämänlaatua ja säästää tulevaisuudessakin huomattavasti kustannuksia. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 186–187.)

Väestön ikääntyessä yhä suurempi osa terveydenhuollon asiakkaista on vanhuksia. Kaikilla hoitotyössä toimivilla tulisi olla selkeä käsitys siitä, millä tavalla ikääntyminen vaikuttaa ihmisen elämään ja mitä muutoksia ikääntyminen tuo ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn. (Hägg ym. 2007, 187.)

Vanhuspalvelulaissa turvataan iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti. Tavoitteena on:

- Kaventaa hyvinvointieroja ja edistää ikääntyneiden hyvinvointia
- tukea ikääntyneiden voimavaroja ja osallisuutta
- ajoissa puuttumalla toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista
- turvata ikääntyneille määrältään ja laadultaan riittävät palvelut sekä taata että ikääntyneet pääsevät palvelutarpeen arviointiin. (STM 2012.)

Toimintakykyyn, itsenäiseen suoriutumiseen ja terveyden edistämiseen sekä kansalaisten aktiivisuudelle ja tasa-arvoisuudelle rakentuva hyvinvointitavoitteiden perusta on tärkeää tulevaisuudessakin. Näitä palveluita ja niiden kehittämissuuntaa linjaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelma (kansallinen kehittämisohjelma). Tässä ohjelmassa on linjattu hoitotyön tulevaisuutta seuraavasti:

- Potilaille ja asiakkaille annetaan näyttöön perustuvaa hoitoa.
- Hoitotyössä työskentelevät kehittävät osaamistaan suunnitelmallisesti.

- Uudistetuilla toimintatavoilla saadaan parannettua väestön terveyttä sekä palveluiden saatavuutta, vaikuttavuutta ja yhteensovittamista. (Hägg ym. 2007, 184.)

Käytäntöjä kehitetään moniammatillisena yhteistyönä. Edellä mainitut linjaukset vaikuttavat myös kotona tehtävän hoitotyön kehittämiseen. Sosiaali- ja terveystalvaelukokonaisuuksien kehittämisen kannalta on hyvin olennaista tavoite jolla ikääntyneiden kotona asuminen mahdollisuuksia saadaan kehitettyä. (Hägg ym. 2007, 184 185.)

3 TOIMINTAKYKY

Nykyisen vanhustenhoidon tavoitteena on antaa ikääntyneille mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään, koska kotona asuminen lisää elämänhallinnan ja vapauden tunnetta. Jos vanhus tarvitsee apua kotihoitolta, palvelut suunnitellaan yksilöllisen tarpeen mukaan toimintakyvyn perusteella. Kun toimintakyky heikkenee, saattaa puutteellisten tai epäkäytännöllisten tilojen vuoksi kotona asuminen heikentyä. Moniammatillisen yhteistyön tärkeys korostuu, jotta saadaan vanhukselle kodinomaiset, esteettömät tilat, joilla luodaan turvallisuutta. (Aejmelaeus ym. 2007, 44 45.)

Toimintakyky on laaja käsite, joka liittyy ihmisen hyvinvointiin. Se määrittää joko todettuina toiminnan vajeina tai voimavaralähtöisesti eli jäljellä olevan toimintakyvyn tasona. Toimintakykyyn kuuluu fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Ikäihmisen toimintakykyä määriteltäessä tulee ottaa huomioon nämä kaikki osa-alueet. Näiden lisäksi selvitetään kattavasti myös asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät, kun arvioidaan ikäihmisen palveluntarvetta. (STM 2006.)

Toimintakyky laajasti määriteltynä tarkoittaa henkilön selviytymistä itselleen välttämättömistä ja merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Henkilön arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, asenteisiinsa, toiveisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoimissa, arjen askareissa ja vapaa-ajanvietossa. (Laine 2006.)

Dementian, sairauksien, aistivammojen, vakavan masennuksen tai ympäristön ja sosiaalisten tekijöiden aiheuttamat haitat on erotettava ikääntymiseen liittyvästä toimintakyvyn heikkenemisestä. Ikääntymiseen liittyvät sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät vaikuttavat yhdessä siihen, millaiseksi yksilölliseksi prosessiksi ikääntyminen muodostuu. Hyvää elämänlaatua ja aktiivista osallistumista eivät estä joillain toimialueella ilmenevä asteittainen heikkeneminen. Normaalia ikääntymistä tulee tarkastella elämänvaiheena, jossa kukin yksilö joutuu käsittelemään ikääntymisen tuomia muutoksia omista edellytyksistään lähtien. (Seppälä 2011.)

3.1 Ikääntyminen ja toimintakyvyn muutokset

Ikääntyminen vaikuttaa toimintakykyyn, joka näkyy suorimmin toimintakyvyn rajoitteiden määrässä jotka lisääntyvät iän myötä. Toimintakykyrajoitteiden kehittymisen ja ikääntymisen välinen suhde ei ole kuitenkaan suoraviivainen ja ikääntyminen vaikuttaa eri tavoin toimintakyvyn edellytysten eri osa-alueisiin. Siinä vaiheessa kun ikääntymismuutokset vaarantavat yksilön selviytymisen, ne tulevat merkityksellisiksi. Tällöin ne eivät ole kompensoitavissa lääkityksen, apuvälineiden ynnä muiden ympäristötekijöiden avulla. (Numminen & Vesala 2011b.)

Sekä ulkoisten että sisäisten tekijöiden vaikutuksesta syntyy ikääntymiseen liittyvä toimintakyvyn muutos. Ikääntymiseen vaikuttavia sisäisiä tekijöitä ovat mm. perintötekijät. Tätä biologista vanhenemista ja sen mekanismeja ei tänä päivänäkään ymmärretä täysin, mutta vanheneminen kuuluu luonnollisena osana ihmisen biologiseen olemassaoloon. Sisäinen vanheneminen on automaattista, eikä siihen pysty vaikuttamaan. Elintavan ja ympäristön vaikutukset ovat ulkoisia ikääntymiseen ja muutokseen vaikuttavia tekijöitä, jotka saattavat hidastaa tai nopeuttaa vanhenemisprosessia. Esimerkiksi liikunta- ja ravitsemustottumukset ovat sellaisia ulkoisia tekijöitä, joilla ainakin teoriassa voi vaikuttaa ikääntymisen muutoksiin. (Numminen & Vesala 2011b.)

Ikääntyminen tuo muutoksia palveluiden tarpeeseen ja käyttöön, koska muutokset johtuvat usein iän mukanaan tuomien toimintakykyrajoitusten kehittymisestä. Yhdessä tämä tosiasia yhdistettynä siihen, että ikääntyneiden määrä kasvaa, tarkoittaa sitä, että palvelujen kehittämistarpeita ja riittävyyttä on pohdittava. Näiden toimenpiteiden avulla pyritään tukemaan kotona asumista sekä ylläpitämään toimintakykyä. Ikääntyvän henkilön hyvän hoidon perustana on toimintakykyä ylläpitävä työote, joka tarkoittaa yksilöllisten voimavarojen tukemista ja ylläpitämistä. (Numminen & Vesala 2011a.)

Toimintakyvyn heikkenemisen johdosta syntyvä hoidon tarve on monitahoinen asia, joka edellyttää monenlaista suunnittelua, neuvottelua ja käsittelyä. Jokainen vanhus on yksilö, jonka hoidon tarpeeseen vaikuttavat yksilölliset ja erilaiset sairaudet, vammat sekä psyykinen ja fyysinen heikkeneminen. Vanhuksilla on takana pitkä elämä ja erilaisia kokemuksia, jotka muovaavat tarvetta saada apua ja tulla autetuksi. (Anttonen, Valokivi & Zechner 2009, 174.)

3.2 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakykyä tulee arvioida silloin, kun määritellään hoidon, hoivan, kuntoutuksen ja tuen tarvetta. On kehitetty erilaisia mittareita kuvaamaan toimintakykyä. Näiden erilaisten mittareiden avulla kyetään arvioimaan vanhuksen päivittäistä selviytymistä ja toimintakykyä eri osa-alueissa. Näitä osa-alueita ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky. (Nummijoki 2009, 89–91.) Kunnat päättävät itse, mitä menetelmiä toimintakyvyn arvioinnissa käytetään. Huolellinen perehtyminen olemassa oleviin arviointimenetelmiin on tärkeää, koska valitun välineen

tulee olla käyttökelpoinen juuri siinä ympäristössä, sille asiakkaalle ja siihen käyttötarkoitukseen, kuin mihin sitä on tarkoitus käyttää. (Laine 2006.)

Arviointimenetelmän käyttökelpoisuus on selvittävä eli mikä on arviointimenetelmän käyttötarkoitus ja käyttöalue.

- **Käyttötarkoitus:**
Tietystä teoreettisista ja arvolähtökohdista käsin aikanaan laaditut arviointimenetelmät ovat jotakin tiettyä tarkoitusta varten. Esimerkiksi henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista kotona ei voida arvioida laitoshoidon tarpeisiin kehitetyllä hoitoisuusmittarilla. (Laine 2006.)
- **Käyttöalue:**
Tiettyihin toimintaympäristöihin laadittuja arviointimenetelmiä voidaan luotettavasti käyttää vain näissä nimenomaisissa toimintaympäristöissä. Useimmiten arviointimenetelmät on myös kehitetty jotakin tiettyä asiakas- tai ikäryhmää varten, jolloin niitä ei voida sellaisenaan käyttää muiden ryhmien kohdalla. Esimerkiksi nuoren henkilön suoriutumista ei voida arvioida yli 65-vuotiaille tarkoitetuilla välineillä. (Laine 2006.)

Kotihoidossa on käytettävissä toimintakyvyn mittareita, joista yleisimmät ovat:

- **CERAD-tehtäväsarja**
Mittaa kognitiivista toimintakykyä sekä arvioi sanojen mieleen painamista ja muistissa säilyttämistä, visuaalisen materiaalin muistissa säilyttämistä, kielellisiä toimintoja, hahmottamista sekä toiminnan suunnitelmallisuutta ja joustavuutta. Sisältää myös MMSE-testin (yleisarvio suoriutumisen heikentymisestä). Vaatii maksullisen koulutuksen. (Laine 2006.)
- **MMSE-testi (Mini Mental State Examination)**
Muistihäiriön ja dementian vaikeusasteen arvioinnin suppea mittari, osa CERAD-tehtäväsarjaa. Tarkoitettu lähinnä muistihäiriöiden seurantatarkoitukseen, koska sillä saadaan vain karkea käsitys kognitiivisen suoriutumisen mahdollisesta heikentymisestä. (Laine 2006.)
- **RAI® (Resident Assessment Instrument).**
Vanhustenhoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten laaja arviointi- ja seurantajärjestelmä (koti- ja laitoshoidon järjestelmät). Vaatii maksullisen koulutuksen ja ohjelmiston. (Laine 2006.)
- **RAVAÎ .**
Yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Sisällöltään suppea, yksi kysymys / aihe (näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, suolen- ja rakontoiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke). Maksullinen. (Laine 2006.)
- **ADL-testi**
Testiä käytetään apuna päivittäisten toimintojen arvioinnissa, erityisesti muistisairaille henkilöillä. Sen avulla voidaan selvittää asiakkaan todellinen selviytyminen muun muassa peseytymisestä, pukeutumisesta ja ruokailusta. (Käypä hoito-suositus 2012.)

- MNA-testi

Testillä saadaan yksinkertaisesti ja nopeasti selvitettyä ikäihmisen ravitsemustila sekä saadaan tunnistettua ne asiakkaat joilla on virhe- tai aliravitsemustila. (Valio 2013.)

Arvioinnissa tulee huomioida tilannesidonnaisuus kuten mieliala, lääkitys, päivän tapahtumat, ravitsemustila, ympäristöstä saatu tuki ja monet muut asiat, jotka vaikuttavat vanhuksen päivittäiseen toimintakykyyn ja sen vaihteluun. Luotettavaa arviointia vaikeuttaa päivittäiset vaihtelut, jotka voivat olla hyvinkin suuria. (Nummijoki 2009, 89–91.) Toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeää huomioida, etteivät avuntarve ja toimintakyky ole pysyviä tiloja, vaan ne muuttuvat eri tekijöiden vaikutuksesta. Toimintakyky voi heikentyä tilapäisesti esimerkiksi akuutin sairauden tai kriisin, kuten läheisen menettämisen takia. Tilapäinen vaihtelu voi aiheutua myös vamman tai sairauden luonteesta johtuen, esim. jos sairauteen liittyy koh- tauksia tai pahenemisvaiheita. (Laine 2006.)

Fyysisen toimintakyvyn arviointi on perustana tavoitteelliselle tukemiselle ja sen avulla saadaan tietoa vanhuksen ongelmista ja voimavaroista kuten esim. päivittäisistä toimista selviytymisestä, ylös nousemisesta, tasapainosta, kävelystä ja ravitsemuksesta. Älylliset ja muita henkisiä ponnisteluja vaativat tehtävät kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Psyykkistä toimintakykyä arvioidaan vanhuksen itsearvostuksen, minäkäsityksen, persoonallisuuden ja mielialan kartoituksella. Hengellisen toimintakyvyn arviointi tuottaa tietoa vanhuksen eletyn elämän kokonaisuudesta ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnilla saadaan tietoa mm. vanhuksen ihmissuh- teista, sosiaalisista taidoista ja vuorovaikutustaidoista. (Nummijoki 2009, 89–91.)

Toimintakyky voi myös parantua, esimerkiksi tavoitteellisen hoito- ja pal- velu- sekä kuntoutuskokonaisuuden ansiosta. Lisäksi erilaiset muutokset toimintaympäristössä voivat vaikuttaa henkilön mahdollisuuksiin suoriutua. Tällaisia ovat esimerkiksi julkisen liikenteen muutokset. Palvelujen tarvetta ja toimintakykyä arvioitaessa onkin tärkeää ymmärtää tämä dynaamisuus; palvelujen tulee muuttua ja joustaa henkilön tarpeiden muut- tumisen myötä. (Laine 2006.)

Toimintakyvyn arviointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja laajaa osaamista, jossa hyödynnetään kuntoutuksen, sosiaalityön, hoitotyön ja lääketieteen ammattilaisten asiantuntemusta. Keskeistä on asiakkaan sekä tarvittaessa myös hänen läheisensä arvio toimintakyvystä. Yhdessä asiak- kaan kanssa asetetaan mielekkäät tavoitteet, jotka kannustavat aikaansaama- maan muutoksia toimintakyvyssä. Myös toimintakykyä vahvistavat ja toimintakyvyn myönteisiä muutoksia estävät tekijät on tärkeä selvittää. (Laine 2006.)

Arviointimenetelmät eivät yksin riitä toimintakyvyn arvioimiseksi ja pal- velutarpeen selvittämiseen, vaikka ovatkin keskeinen osa sitä. Lisäksi tar- vitaan havainnointia, kuinka asiakas selviää päivittäisistä toimista, keskus- teluja asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa sekä ympäristötekijöiden sel- vittelyjä. (Laine 2006.)

Palvelutarpeen selvittämisessä asiakkaan toimintakykyä monipuolisesti arvioivia menetelmiä käyttämällä:

- Voidaan toimintakyvyn heikkenemiseen nopeasti puuttua.
- Pystytään tukemaan toimintakyvyn paranemista ja säilymistä.
- Voidaan tukea asiakasta mahdollisimman itsenäiseen ja mielekkäseen elämään sairaudesta tai vammasta huolimatta.
- Pystytään ehkäisemään palvelutarpeiden kasvua.
- Pystytään kohdistamaan resurssit ja palvelut oikein. (Laine 2006.)

3.3 Toimintakyvyn osa-alueet

Fyysinen toimintakyky pitää sisällään ihmisen kyvyn suoriutua päivittäisistä toiminnoista, kuten juomisesta, syömisestä, pukeutumisesta, nukkumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä ja liikkumisesta. Lisäksi se pitää sisällään kyvyn hoitaa kodin askareet ja asioinnin kodin ulkopuolella. Myös terveydentila ja erilaiset toiminnan vajavuudet määritellään kuuluviksi fyysiseen toimintakykyyn. (STM 2006.) Fyysisiä toimintakyvyn muutoksia ovat esim. näön heikkeneminen, huonokuuloisuus, sekä esim. perusaineenvaihdunnan hidastuminen ja hajuaistin heikkeneminen (Eloranta & Punkanen 2008, 11).

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen elämänhallintaa ja tyytyväisyyttä sekä mielenterveyttä että psyykkistä hyvinvointia. Kokonaisuuteen kuuluvat myös itsearvostus, omat voimavarat, mielialat ja erilaisista haasteista selviytyminen. (STM 2006.) Psyykkinen vanheneminen on kypsymistä, muuttumista ja siirtymistä elämässä uuteen vaiheeseen ja psyykkinen toimintakyky liittyy läheisesti psyykkisiin voimavaroihin, psyykkiseen terveyteen ja persoonallisuustekijöihin toimintakyvyn edellytyksenä. Psyykkinen toimintakyky kuvaa sitä, miten hyvin henkiset voimavarat vastaavat elämän kriisitilanteiden ja arkielämän haasteisiin. Psyykkinen toimintakyky on realiteettien tajua, optimismia, elämänhallinnan kokemista, tyytyväisyyttä elämään, sosiaalista taitavuutta, toiminnallisuutta ja itseluottamusta. (Eloranta & Punkanen 2008, 12–13.)

Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky käsittää muistin, tiedon käsittelyn, oppimisen, kielellisen toiminnan sekä toiminnan ohjauksen. Dementiaiset sairaudet heikentävät kognitiivista toimintaa. (STM, 2006.) Iän mukana tapahtuvat muistin muutokset rajoittuvat työmuistin ja tapahtumamuistin osa-alueille. Kun keskushermoston toiminta heikkenee, se hidastaa muistia ja oppimista. Oppimiseen tarvittava aika pitenee. Arkielämää häiritsevät muistihäiriöt eivät kuulu normaaliin vanhenemiseen, vaan johtuvat usein dementiaasta tai sairaudesta. (Aejmelaeus ym. 2007, 18–19.)

Sosiaalinen toimintakyky on kykyä toimia, sekä olla sosiaalisessa vuorovaikutussuhteessa toisten ihmisten kanssa. Tähän liittyy suhteet omaisiin ja ystäviin, miten sosiaaliset suhteet sujuvat, kuinka paljon osallistutaan sosiaaliseen kanssakäymiseen, vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys. Lisäksi mahdolliset harrastukset kuuluvat sosiaaliseen toimintakykyyn. (STM 2006.) Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella yhteiskuntaan

sopeutumisen pohjalta. Toimintakykyä voidaan mitata sosiaalisten voimavarojen, kuten perhe- ja ystävyys-suhteiden, koulutuksen, tulojen ja terveyden avulla. Sosiaalinen toimintakyky koostuu sosiaalisista taidoista ja toiminnoista. (Aejmelaeus ym. 2007, 24.)

Mielekkään arjen elementit ovat kotona asuvien iäkkäiden keskeisiä voimavaroja. Niihin liittyvät fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi sekä kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista, kuten ruoan ja kotitöiden tekeminen sekä hygieniasta huolehtiminen. Psyykkinen hyvinvointi on positiivinen elämänasenne riippumatta sairauksista ja niiden oireista. (Turjamaa, Hartikainen & Pietilä 2011, 10.)

4 TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA TYÖSKENTELY

Toimintakykyä ylläpitävän työotteen tavoitteena on tukea ja edistää itsestä selviytymistä, liikkumis- ja toimintakykyä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa hyvinvoinnin ja mielekkään elämän edellytysten parantamiseksi. Ihminen nähdään aktiivisena toimijana, jonka perustana ovat kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä voimavarat ja niiden hyödyntäminen. Toimintakykyä ylläpitävässä hoitotyössä korostuu jokaisen arkipäivien tilanteiden toteuttamista asiakkaan voimavarat ja toimintakyvyn huomioon ottavalla tavalla. Toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö on asiakasta motivoivaa, asiakaslähtöistä, sosiaalista, psyykkiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen kannustavaa, rohkaisevaa ja innostavaa. Koska ikääntyessä toimintakyky rajoittuu ja mahdollisuus tehdä toiminnallisia valintoja vähenee, on ammattihenkilön tehtävänä pyrkiä vähentämään toimintakykyä rajoittavia esteitä ja tarjota uusia vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. (Harri-Lehtonen, Numminen & Vesala 2007.)

Kotihoidossa hoidetaan iäkkäämpiä ja yhä huonokuntoisempia henkilöitä, joiden kotona selviytymisen takeena on moniammatillinen yhteistyö. Henkilöstöllä on monipuolista kokemusta ja osaamista ikäihmisten hoitamisessa ja fyysisen toimintakyvyn edistämisessä, mutta resurssien puutteet ja yhteistyötahojen puuttuminen heikentävät työntekijöiden osaamisen muuttumista yhteiseksi osaamiseksi. Tavoitteellisen toiminnan puutetta kuvaa se, että hoitosuunnitelmia ei tarkastettu säännöllisesti. (Kuusela, Hupli, Johansson, Routasalo & Eloranta 2010, 105–106.)

Ikääntyneiden palvelujen ja hoidon keskeisiä tavoitteita ovat asiakkaan toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen mahdollistaminen niin, että asiakkaan omatoimisuus ja mahdollisuudet itsenäiseen elämään säilyvät. Asiakkaan oman aktiivisuuden tunnistaminen ja ymmärtäminen niin, että asiakas tietää mihin kykenee, pystyy ja haluaa. Kun asiakas itse tunnistaa oman aktiivisuuden vaatimuksen, hän toimii aktiivisesti ja edistää omaa toimintakykyään. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 34–39.)

4.1 Toimintakyvyn tukeminen

Toimintakyvyn käsite liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin ja se voidaan määrittää ihmisen jäljellä olevan toimintakyvyn tasona, voimavara- lähtöisesti tai todettuina toimintakyvyn vajeina. Toimintakyky kattaa kehon rakenteet ja toiminnot sekä osallistumisen ja suoriutumisen. Toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointiin käytetään havainnointia, strukturoituja ja vapaamuotoisia haastatteluja sekä erilaisia toimintakykyä mittaavia mittareita. (Nummijoki 2009, 89–91.)

Tehostamalla päivittäisten toimintojen osalta harjoittelua, on pystytty edesauttamaan toimintakyvyn säilymistä. Toimintakykyä edistää hoitosuunnitelma, joka perustuu asiakkaan voimavarojen tunnistamiseen sekä toimintakyvyn arviointiin. Edellytyksenä on työntekijöiden yhtenäinen näkemys ikääntyneestä henkilöstä ja hoidon tavoitteisiin sitoutuminen. Työntekijän toiminta on asiakkaan kanssa olemista, hänen kannustamistaan, tukemista, motivoimista sekä myös palautteen antamista. Työntekijä kannustaa asiakasta päivittäisissä toiminnoissa kuten kävelemisessä, arkiaskareissa, peseytymis- ja ruokailutilanteissa. Toimintakyvyn ylläpitämisen periaatteena on, että asiakas on mukana kaikissa toiminnoissa oman kykensä mukaan. (Vähäkangas & Noro 2009, 99–105.)

Toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi syntyvä hoidon tarve on monitahoinen asia, joka edellyttää monenlaista suunnittelua, neuvottelua ja käsitelyä. Jokainen vanhus on yksilö, jonka hoidon tarpeeseen vaikuttavat yksilölliset ja erilaiset sairaudet, vammat sekä psyykkinen ja fyysinen heikkeneminen. Vanhuksilla on takana pitkä elämä ja erilaisia kokemuksia, jotka muovaavat tarvetta saada apua ja tulla autetuksi. (Anttonen ym. 2009, 174.) Työntekijän on osattava ymmärtää, milloin vanhus tarvitsee tukea itsenäiseen selviytymiseen, milloin hän tarvitsee osittaista apua ja milloin puolesta tekemistä (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 21).

Ikääntyneiden kuntoutuminen ja kuntoutus ovat toimintaa, jonka tavoitteena on ikääntyneiden psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn palauttaminen ja ylläpitäminen sekä heikkenemisen ehkäiseminen. Terveitä ja aktiivisia elinvuosia saadaan edistämällä terveyttä ja toimintakykyä. Toimintakykyä tukeva työskentely tähtää ikääntyneen itsenäiseen selviytymiseen. Omatoimisuuden tukeminen ja ylläpitäminen niin, että toimintakykyä tukeva työskentely tukee ja mahdollistaa ikääntyneen jäljellä olevia voimavaroja. Toimintakykyä tukevan työskentelyn suunnittelu, arviointi ja toteutus ovat keskeisiä huomioitavia asioita. Elämän mielekkyyden turvaaminen, turvallisuuden tunteen vahvistaminen sekä itsemääräämisoikeuden tukeminen ovat tavoitteisiin pääsemiseen johtavia tekijöitä fyysisen toiminnan harjoittamisen lisäksi. (Aejmelaeus ym. 2007, 47–48.)

Asiakkaan kotona työskennellessä on otettava huomioon asiakkaan kodin ja yksityisyyden kunnioittaminen, vaitiolovelvollisuus ja läheisten huomioiminen, sekä ammatillinen arvostus muita työntekijöitä kohtaan. Asiakkaan kotona työskennellessä on myös hallittava kliinistä osaamista, luovaa ja itsenäistä päätöksentekokykyä sekä osata ohjata ja opettaa kotihoidon asiakasta ja hänen omaisiaan. (Hägg ym. 2007, 22.)

Ikääntyminen vaikuttaa toimintakykyyn, joka näkyy suorimmin toimintakyvyn rajoitteiden määrässä jotka lisääntyvät iän myötä. Toimintakykyrajoitteiden kehittymisen ja ikääntymisen välinen suhde ei ole kuitenkaan suoraviivainen ja ikääntyminen vaikuttaa eri tavoin toimintakyvyn edellytysten eri osa-alueisiin. Siinä vaiheessa, kun ikääntymismuutokset vaarantavat yksilön selviytymisen, ne tulevat merkityksellisiksi. Tällöin ne eivät ole kompensoitavissa lääkityksen, apuvälineiden ym. ympäristötekijöiden avulla. (Numminen & Vesala 2011b.)

4.2 Toimintakyvyn tukemisen prosessi

Toimintakyvyn tukemisen prosessi alkaa tarpeen määrittelystä. Se etenee toimintakyvyn tukemisen suunnittelun kautta suunnitelman toteutukseen ja sitä kautta toimintakyvyn tukemisen arviointiin. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 33.)

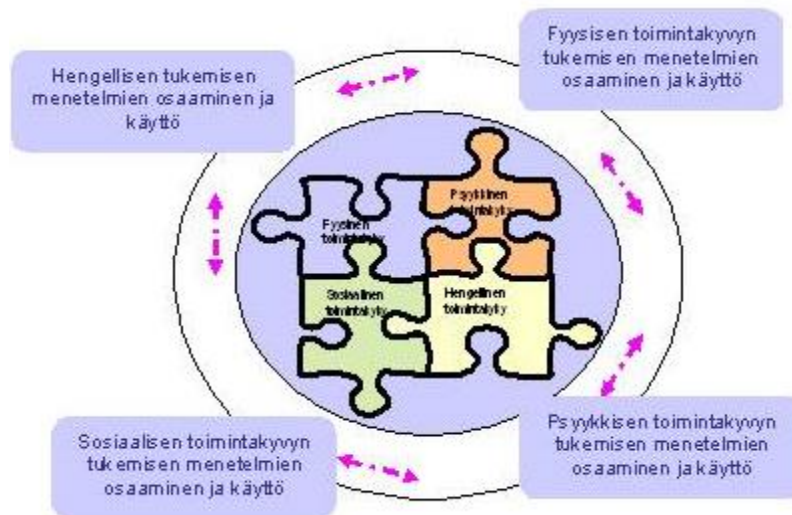
Määrittelyvaiheessa työntekijä tutustuu asiakkaan elämänkaareen perusteellisesti ja arvioi hänen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä toimintakykyä. Tarpeen määrittelyn avulla tunnistetaan vanhuksen toimintakykyyn liittyviä voimavaroja ja ongelmia. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 33.)

Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan voimavarat ja ongelmat, jonka jälkeen laaditaan toimintakykyyn liittyvät tavoitteet, valitaan erilaiset toimintakyvyn tukemisen menetelmät ja kirjataan muistiin yhteistyöhön ja työnjatkoon liittyvät asiat. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 33.)

Toimintakyvyn tukemisen prosessin aikana työntekijän tulee tehdä tiivistä yhteistyötä asiakkaan kanssa ja asiakas on aktiivinen toimija tekemällä itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Prosessin aikana työntekijän tehtävänä on selventää asiakkaalle toimintakyvyn tukemisen prosessia, sen vaiheita sekä siihen liittyviä asioita, jotta asiakas kykenee sitoutumaan prosessiin mahdollisimman hyvin. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 33.)

4.3 Toimintakyvyn tukemisen osa-alueet

Kokonaisvaltainen vanhuksen toimintakyvyn tukeminen on tehtävänä haastava ja se edellyttää hoitajalta aitoa mielenkiintoa, osaamista, luovuutta ja halua kehittää osaamistaan ja itseään jatkuvasti. Oikeaan aikaan oikein tehty oikeat menetelmät mahdollistavat vanhuksen toimintakyvyn paranemisen ja säilymisen. Laadukkaaseen, kokonaisvaltaiseen ja hyvään vanhuksen toimintakyvyn tukemiseen kuuluu fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakyvyn osa-alueiden tukeminen (kuva 1). (Sufuca n.d.)



Kuva 1. Toimintakyvyn tukemisen menetelmien osaaminen ja käyttö (Sufuca n.d.)

Vanhuksen fyysisen toimintakyvyn tukemisen avulla tuetaan vanhusta terveyden ylläpitämiseen ja mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen. Itsenäisen suoriutumisen asumismuoto ja taso vaihtelevat vanhuksen toimintakyvyn mukaisesti. Fyysisen toimintakyvyn tukemisessa on keskeistä, että hoitaja osaa kannustaa vanhusta optimaaliseen päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen. Hoitajan tehtävänä on järjestää ja suunnitella elinympäristö sellaiseksi, että se tukee vanhuksen itsenäistä selviytymistä. Lisäksi hoitajan on tärkeää tukea vanhuksen itsenäistä suoriutumista ja huolehtia vanhuksen turvallisuudesta tarvittavilla erilaisilla apuvälineillä, jotka voivat auttaa vanhuksen selviytymistä ja itsenäistä liikkumista tai hänen hoitamistaan. Hoitajan käyttämällä apuvälineillä vanhus voidaan nostaa ja siirtää miellyttävästi ja turvallisesti sekä vanhuksen, että hoitajan kannalta. (Sufuca n.d.)

Hoitajan on tiedostettava, että muistaminen ja muisti ovat osa jokaisen ikääntyvän hyvinvointia ja jokapäiväistä elämää. Vanhusten hyvinvoinnin kannalta on keskeistä psyykkisen toimintakyvyn säilyminen, ja sitä tuemalla voidaan vähentää avun ja hoidon tarvetta. Vanhuksen psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa korostuu vanhuksen omien edellytysten ja voimavarojen etsiminen ja löytäminen. Vanhus tarvitsee arjesta selviytymiseen omaehtoista motivaatiota ja aktiivisuutta, sekä mahdollisuuden toimia itse. Hoitajan on annettava vanhukselle mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä ja hoitaa omia asioitaan. Hoitaja voi aktivoida kognitiivisia taitoja tekemällä päivärytmi sellaiseksi, että se vaatii vanhukselta käyttämään erilaisia taitoja ja hänen omaa aktiivisuuttaan. Vanhus voi harjoittaa muistia myös itsenäisesti esimerkiksi erilaisten tapahtumien seuraamisella, erilaisten ristisanatehtävien ratkaisemisella, kortinpeluulla ja kirjallisuutta lukemalla. (Sufuca n.d.)

Sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa on keskeistä, että hoitaja ymmärtää vanhusten tarvitsevan läheisyyttä, toisia ihmisiä ja yhteisöllisyyttä. Sosiaalinen tuki, sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen aktiivisuus ovat yhteydessä vanhuksenkin psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Ihmissuhteet auttavat vanhusta esim. hänen sairastuessaan sekä tukevat toimintakykyä.

Hyvät vuorovaikutustaidot ja hyviksi koetut sosiaaliset suhteet auttavat vanhusta selviytymään erilaisista menetyksistä ja sopeutumaan toimintakyvyn heikkenemiseen ja sairauksiin. Sosiaalinen osallistuminen lisää itsearvostusta ja uskoa omiin kykyihin, ylläpitää itsetuntoa sekä vahvistaa tarpeellisuuden tunnetta. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan toimintakykyä edistävää ja stressiä ehkäisevää toimintaa sekä ihmissuhteisiin liittyvää positiivista terveyttä, joka on sosiaalisista suhteista saatavaa voimavaraa. Sosiaalinen tuki on tietoa, joka saa vanhuksen uskomaan, että häntä rakastetaan ja arvostetaan ja hänestä välitetään. (Sufuca n.d.)

Hengellisen toimintakyvyn tukemisessa on tärkeää, että hoitaja tunnistaa vanhuksen uskonnollisia ja moraalisia periaatteita. Vanhuksen tasapainoinen elämä edellyttää hengellisten tarpeiden tyydyttämistä ja huomioon ottamista siihen katsomatta, mihin uskontokuntaan hän kuuluu, tai kuuluuko mihinkään. Vanhuksen arvostaminen on hyvän hoito- ja hoivatyön perusta. Rakentava ja hyvä vuorovaikutus on mahdollista vain kunnioittavassa ja arvostavassa ilmapiirissä. Arvostaminen on inhimillisen elämän, kokemusten, arvojen ja tunteiden kunnioittamista. Hoitajan tulee arvostaa vanhusta ihmisenä, eikä vanhuksen saavutukset, saavuttamatta jäämiset, onnistumiset tai epäonnistumiset ole tärkeitä. Myös vanhuksen persoonan kunnioittaminen kuuluu arvostamiseen. Tähän liittyy hoitajan ymmärrys, että jokaisella ihmisellä on maailmassa ainutlaatuinen elämä ja oma tehtävä. Vanhukset pyrkivät löytämään myönteisiä näkökulmia elettyyn elämään muistoja kertaamalla ja hoitajan tehtävänä on vanhuksen myönteisten muistojen vahvistaminen, kertomusten kuuntelu ja toivon tukeminen. Tällöin vanhus saa mahdollisuuden kokea elämänsä ja itsensä. Hoitaja on aidosti ja syvällisesti kiinnostunut vanhuksen elämästä ja elämäntarinasta sekä on läsnä tässä hetkessä. Tällöin vanhus kokee, että hoitaja kohtaa hänet arvostavasti tasavertaisena yksilönä. (Sufuca n.d.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyö on tehty, koska työelämässä on huomattu tarvetta tämän tyyppiselle työlle. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten asiakkaan toimintakykyä tukeva työskentely toteutuu kotihoidossa.

Tavoitteena on tuottaa toimintakykyä tukevasta työskentelystä kotihoidossa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää työtapoja, joilla mahdollistetaan asiakkaan kotona asuminen pidempään. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa henkilökunnan koulutustarpeista.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten asiakkaan toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa?
2. Miten toimintakykyä tukevaa työskentelyä suunnitellaan kotihoidossa?
3. Miten toimintakykyä tukeva työskentely toteutuu kotihoidossa?
4. Minkälaisia koulutustarpeita on toimintakykyä tukevaan työskentelyyn?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella lähestymistavalla. Kysymysten luonteen vuoksi, vastaaminen lomakkeelle anonyymisti oli helpompaa kuin henkilökohtainen haastattelu. Pyrkimyksenä oli koko henkilökunnan osallistuminen ja tämä lähestymistapa katsottiin paremmaksi. Koko henkilökunnan henkilökohtainen haastattelu olisi lisäksi ollut iso prosessi. Tämän vuoksi lähestymistapa ei ollut kvalitatiivinen.

Kyselylomakkeet annettiin työntekijöille helmikuussa 2013. Kyselylomakkeita oli 44 kappaletta. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Vastausajan päättymiseen mennessä, oli lomakkeita palautunut niin vähän (11 kappaletta), että vastausaikaa päätettiin pidentää viikolla. Vastauksia tuli lopulta 27 kappaletta.

Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Kirjeessä oli myös tutkijoiden yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. (Liite 1.)

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tämä kvantitatiivinen tutkimus oli niin sanottu surveytutkimus, joita tyypillisesti käytetään hoitotieteessä. Tutkimuksessa valmiiksi laaditulla lomakkeella tehdään haastattelu- tai kyselytutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus voidaan toteuttaa myös joko kokonais- tai otantatutkimuksella. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan muuttujia ja tarkastellaan tilastollisten menetelmien käyttöä ja muuttujien välisiä yhteyksiä. Tässä opinnäytetyössä taustatietoina olivat työntekijöiden toiminimikkeet sekä työkokemusvuodet. Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät voidaan jakaa pitkittäis- ja poikittaistutkimuksiin. Tässä opinnäytetyössä oli kyse poikittaistutkimuksesta, koska aineisto kerättiin kerran eikä tarkoituksena ollut tarkastella asiaa ajallisena etenemisena, kuten pitkittäistutkimuksessa olisi tehty. Hoitotieteellisistä tutkimuksista suurin osa on tehty poikittaistutkimuksina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42, 100.)

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu paremmin käytettäväksi, kun halutaan suuri otos ja tilastollisesti yleistettävä arviointi. Siinä korostuu kirjallisuuskatsauksen kattavuus, mittausvälineen laatiminen ja sen esitestaaminen. Kun aineisto on tallennettu, on analysointi melko nopeaa ja vaivatonta käytettäessä tilastollista ohjelmaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.)

6.2 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön kohteena eli osallistujina oli koko kotihoidon henkilökunta. Henkilökuntamäärä on 46. Kyselylomakkeita tehtiin 44 kappaletta, koska sihteerin ja toisen tämän opinnäytetyön tekijöistä ei voi vastata kyselyyn. Tämä opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä (kvantitatiivisena) tutkimuksena. Aineisto kerättiin kyselyllä, joka sisälsi strukturoituja kysymyksiä ja kaksi avointa kysymystä. Kyselylomake laadittiin itse.

Taustatietoina kysyttiin henkilökunnan työkokemusta vuosina ja toimimiskettä. Taustatiedot rajattiin näihin kahteen kysymykseen, jotta henkilökunnan anonymiteetti säilyy. Lomakkeessa selvitettiin väittämien avulla miten toimintakyvyn tukemisen eri osa-alueet toteutuvat. Osa-alueita olivat toimintakyvyn arviointi (14 kysymystä), toimintakyvyn tukemisen suunnittelu (11 kysymystä) sekä toimintakyvyn tukemisen toteutus (21 kysymystä). Vastausvaihtoehtoja oli neljä, joissa numero 1 vastasi täysin eri mieltä ja numero 4 vastasi täysin samaa mieltä. Lisäksi lomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, joiden avulla haluttiin selvittää henkilökunnan kehittämis- ja koulutustarpeita. (Liite 2.)

Kohdejoukko saavutettiin viemällä kyselylomakkeet kotihoitoon henkilökohtaisesti. Paperiset kyselylomakkeet sai palauttaa kotihoidossa olevaan lukittuun postilaatikkoon suljetussa kirjekuoressa. Kyselylomakkeella oli kahden viikon vastausaika. Tutkimuslupa anottiin perusturvaohjajalta.

6.3 Aineiston analysointi ja raportointi

Aineisto syötettiin SPSS-ohjelmaan (Statistical Package for Social Sciences) analysointia varten. SPSS on tilastointiohjelma, jota käytetään yleisimmin hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100). Avointen kysymysten vastaukset litte-roitiin sana sanalta, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin sisällön perusteella. Näiden perusteella voitiin esittää koulutustarpeita ja kehitysehdotuksia. Näin tutkimusaineistosta pyrittiin luomaan teoreettinen kokonaisuus.

Saadut tulokset on raportoitu kirjallisesti Hämeen ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaan. Lisäksi saadut tulokset on esitetty suullisesti raportointiseminaarissa keväällä 2013. Tulokset on esitetty yhteistyökumppanille niin, että kaikilla osallistuneilla on ollut mahdollisuus kuulla tulokset.

6.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen laatua voidaan tarkastella eri näkökulmista, kuten onko tulokset yleistettävissä sekä voidaanko saatuja tuloksia hyödyntää hoitotyön käytännössä. Lisäksi tulee arvioida, onko esimerkiksi käsitteiden määrittelyssä onnistuttu. Laatuun vaikuttaa myös se, kuinka rehellisesti tutkittavat ovat vastanneet kysymyksiin. Tätä on kuitenkin mahdollonta arvioida. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli tarkoitus mitata. Ulkoisella validiteetilla taas tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä ulkopuoliseen joukkoon. Reliabiliteetilla viitataan tulosten pysyvyyteen, eli voidaanko samalla mittarilla mitata tutkimusilmiötä eri aineistossa, tulosten samansuuntaisuus viittaa mittarin olevan reliabeli. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 47–48, 152.)

Luotettavuuteen vaikuttaa, onko laadittu mittari ollut validi. Onko mittari mitannut oleellisia asioita ja vastaako se esittämiimme tutkimusongelmiin.

Jos mittari mittaa väärää asioita, tulee olemaan mahdotonta saada luotettavia tutkimustuloksia. Mittarin luotettavuuden vuoksi, mittari tullaan esitettämään ennen varsinaista otosta. Mittarin luotettavuus on koko tutkimuksen perusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Mittari myös esitettiin ennen varsinaista kyselyä ja esitestauksen johdosta mittariin tehtiin pieniä muutoksia. Vastausvaihtoehdoista jätettiin pois kohta öen osaa sanoa, koska oletuksena oli, että kaikki työntekijät ovat tekemisissä toimintakykyä tukevan työskentelyn kanssa. Muutosten jälkeen mittarin todettiin olevan luotettava ja mittaavan haluttuja asioita. Mittarissa olisi pitänyt kuitenkin olla vaihtoehto öen osaa sanoa, koska jälkikäteen kävi ilmi, etteivät kaikki työntekijät esimerkiksi laadi hoito- ja palvelusuunnitelmia. Tämä saattaa johtua toimintakulttuurista, jota ehkä pitäisi kehittää.

Validiteettia on vaikea arvioida näin pienellä otannalla, mutta mittarin luotettavuus ja sen antamat vastaukset antavat viitteitä siihen, että mittaria voisi käyttää muuallakin, missä halutaan mitata toimintakyvyn tukemiseen liittyviä asioita avohoidossa. Myös mittarin reliabiliteettia on vaikea tässä kohtaa arvioida, koska se on tehty tätä nimenomaista tutkimusta varten.

Vastausprosentti jäi 67 prosenttiin, mikä on kohtalainen tulos. Vastaukset antoivat suuntaa, mikä tilanne tällä hetkellä on asiakkaan toimintakykyä tukevassa työskentelyssä kotihoidossa. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että osa vastaajista jätti vastaamatta joihinkin kohtiin.

6.5 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Kotihoidossa työskentelevä opinnäytetyön tekijä ei saanut missään vaiheessa tietoonsa mitä tutkittavat olivat vastanneet.

Hyvään tutkimusetiikkaan Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 152.) mukaan kuuluu muun muassa tutkittavien tasavertaisuus, tutkittavien anonymiteetin suojaus, tutkijan rehellisyys ja tutkimuksen tarpeellisuus ja hyödynnettävyys sekä vapaaehtoisuuden korostus tutkimukseen osallistuville. Tämä tutkimus toteutettiin hyviä eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkittavat olivat jo kesällä 2012 henkilöstöpalaverin yhteydessä saaneet tiedon tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tutkittaville kerrottiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kaikki kerätty aineisto säilytettiin työn valmistumiseen saakka, jonka jälkeen ne hävitettiin silppurilla.

Toisen opinnäytetyön tekijän työskennellessä työntekijöiden kanssa, heille tähdenneettiin, ettei heidän henkilöllisyytensä tule missään vaiheessa opinnäytetyötä paljastumaan toiselle tekijöistä. Koska tämä on eettisestikin katsottuna mahdollinen haittatekijä, voitiin asia näin minimoida. Tässä työssä eettisyydestä huolehdittiin niin, että toinen opinnäytetyön tekijöistä kirjoitti vastaukset mitään muuttamatta puhtaaksi ja vasta sen jälkeen aineisto analysoitiin yhdessä.

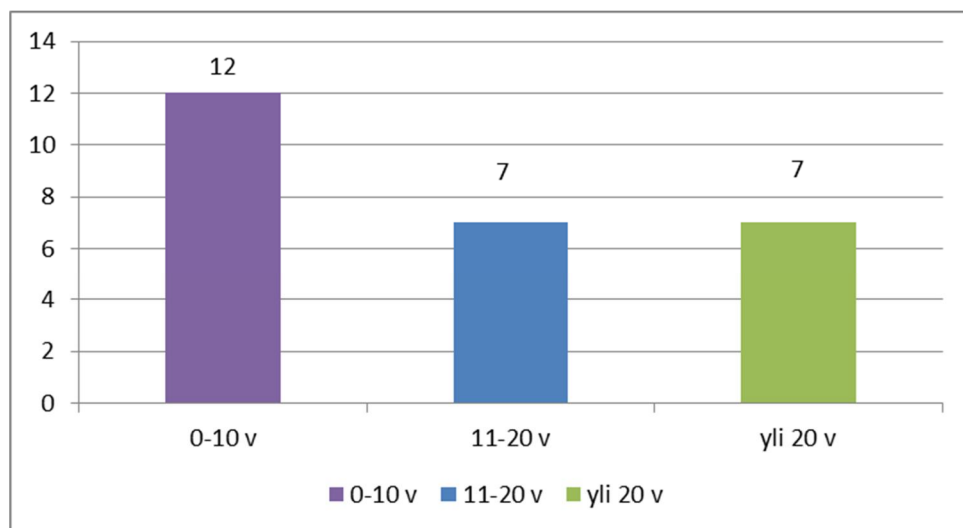
Erillistä suostumusta tutkimukseen osallistumiseen ei tarvittu, vastaaminen katsottiin suostumukseksi. Täydentäviä kysymyksiä ei esitetty, mutta muutama kysymykseen haluttiin tarkennusta. Perusturvajohtajan pyynnöstä allekirjoitettiin myös salassapitovelvollisuusaavakkeet.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimustuloksia esittäessä on vastausluokkia yhdistetty paikoin laske-
malla yhteen täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä olevien osuus ja toi-
seen osioon jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä olevien osuus.
Mikäli vastausprosentissa on ollut suurta hajontaa tai esille tullut asia on
ollut merkittävä, siitä on tehty kuvio, jossa on näkyvissä tarkat tulokset.

7.1 Taustatiedot

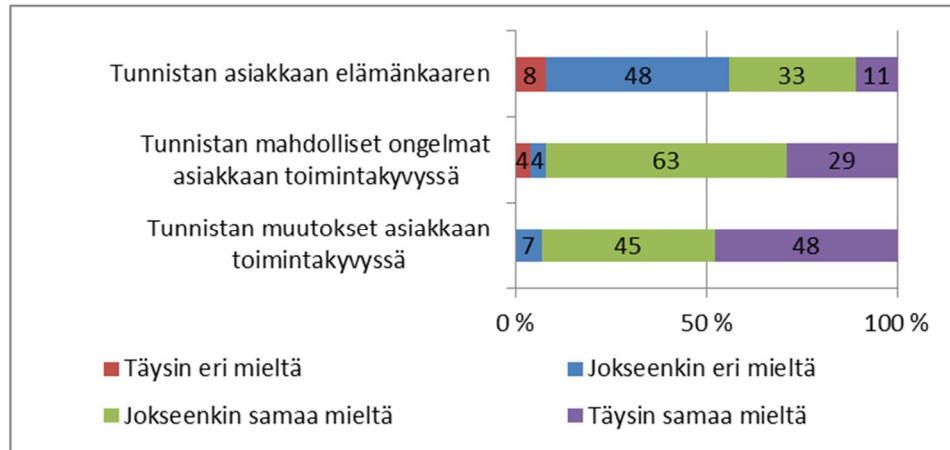
Taustatietoina kysyttiin työntekijöiden toiminimikettä ja työkokemusta
vuosina. Vastaajista yksi (1) jätti vastaamatta työkokemuksen pituuteen,
vastaajien työkokemus oli välillä nolla (0) vuotta ó 40 vuotta. Suurin osa
työntekijöistä on työskennellyt kotihoidossa 10 vuotta tai vähemmän (ku-
vio 1). Toiminimikkeeseen vastanneista (n=20) yli puolet (75 %) olivat lä-
hihoitajia, sairaanhoitajia vastanneista oli muutamia (10 %).



Kuvio 1. Vastaajien työkokemukset vuosina (n=26)

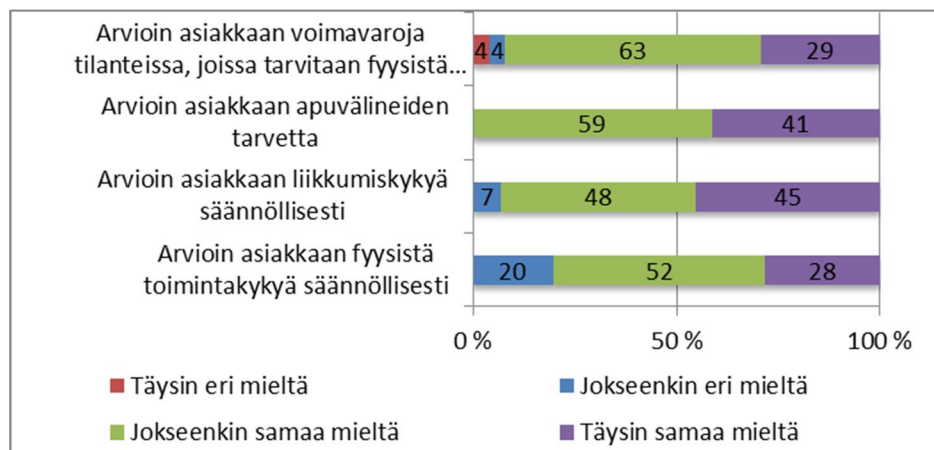
7.2 Toimintakyvyn arviointi

Lähes kaikki (93 %) tunnistaa muutokset asiakkaan toimintakyvyssä. Yli puolet (63 %) tunnistaa mahdolliset ongelmat asiakkaan toimintakyvyssä. Alle puolet (44 %) tunnistaa asiakkaan elämänkaaren. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Toimintakyvyn arviointi (n=26 27)

Suurin osa (80 %) arvioi asiakkaan fyysistä toimintakykyä säännöllisesti. Asiakkaan liikkumiskykyä arvioi lähes kaikki (93 %). Kaikki vastasivat arvioivansa asiakkaan apuvälineiden tarvetta. Lähes kaikki (92 %) arvioi asiakkaan voimavaroja tilanteissa, joissa tarvitaan fyysistä toimintakykyä. (Kuvio 3.)

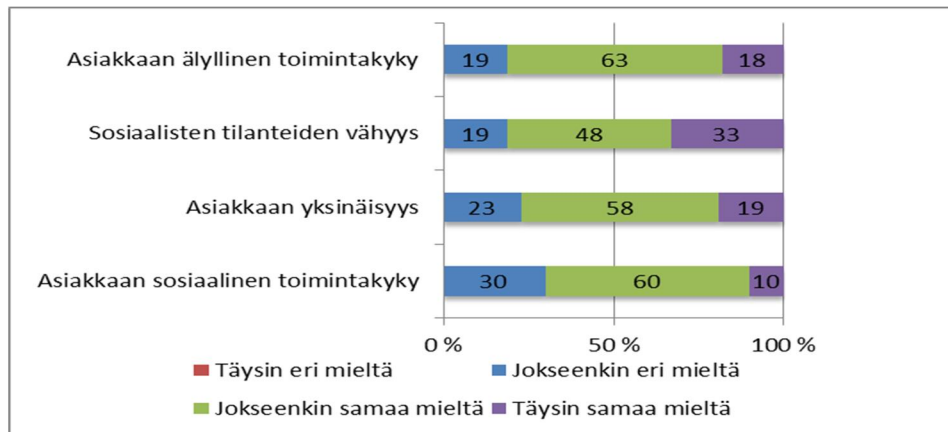


Kuvio 3. Toimintakyvyn arviointi (n=27)

Lähes kaikki (96 %) osaavat ohjata asiakkaita apuvälineiden hankinnassa ja suurin osa (85 %) tietää mistä apuvälineitä saa. Melkein kaikki (89 %) arvioi asiakkaan psyykkistä toimintakykyä. Kaikki arvioivat asiakkaan muuttunutta mielialaa.

Henkilökunnasta yli puolet (70 %) arvioi asiakkaan sosiaalista toimintakykyä, ja suurin osa (77 %) arvioi asiakkaan yksinäisyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Suurin osa (81 %) tunnistaa asiakkaiden sosiaalisten tilanteiden vähyyden. Asiakkaan älyllistä toimintakykyä arvioi myös suurin

osa (82 %) vastaajista ja älyllisen toimintakyvyn ongelmia melkein kaikki (89 %) vastaajista. (Kuvio 4.)

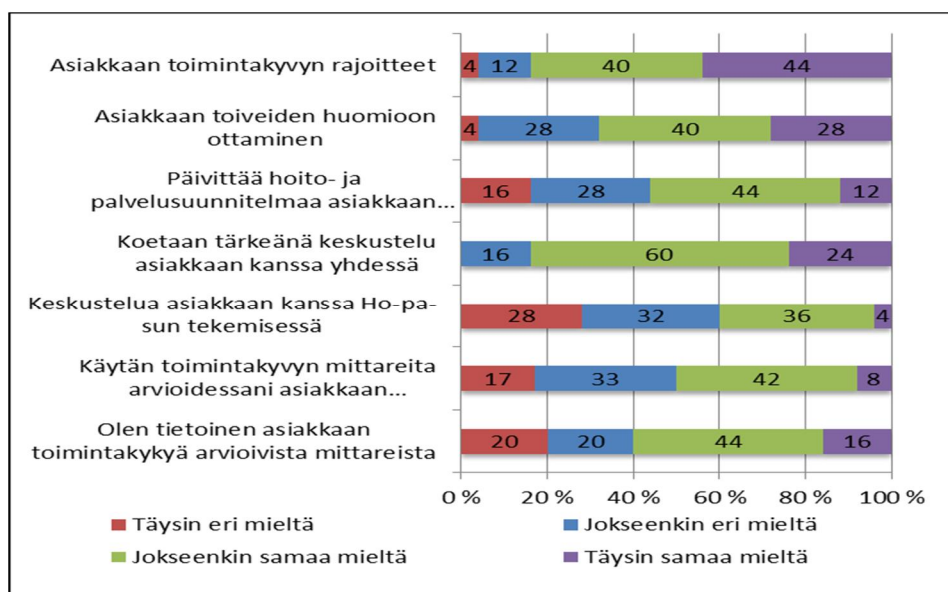


Kuvio 4. Asiakkaan sosiaalinen elämä (n=26 27)

7.3 Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu

Vastanneista alle puolet (40 %) keskustelee asiakkaan kanssa laatiessaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja suurin osa (84 %) kokee tärkeänä asiakkaan kanssa keskustelemisen hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Yli puolet (56 %) päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmaa, kun asiakkaan tilassa tapahtuu muutoksia. Alle puolet (36 %) ei tee yhteistyötä omaisten kanssa laatiessaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Asiakkaan toiveita ottaa huomioon reilusti yli puolet (68 %) laatiessaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja melkein kaikki (84 %) huomioi asiakkaan toimintakyvyn rajoitteet ja voimavarat hoito- ja palvelusuunnitelmaa laatiessaan. (Kuvio 5.)

Kuviossa 5 näkyy toimintakyvyn arvioinnissa käytettävien mittareiden käyttäminen ja tietoisuus mittareista, sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen ja päivittäminen yhdessä asiakkaan kanssa.



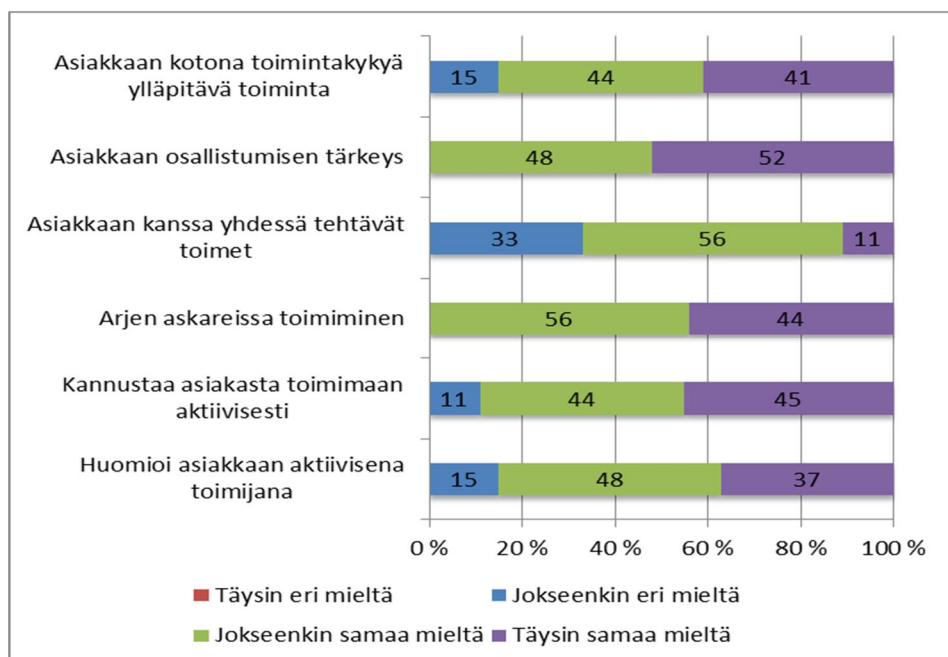
Kuvio 5. Toimintakyvyn tukeminen (n=25 27)

7.4 Toimintakyvyn tukemisen toteutus

Kaikki työntekijät (100 %) osaavat ohjata asiakasta fyysisissä toimissa, kuten ylös nousemisessa. Melkein kaikki (89 %) kannustaa asiakasta hyödyntämään ympäristön tarjoaman tuen sosiaalisissa suhteissa. Melkein kaikki (89 %) myös kertoo ja ohjaa asiakasta osallistumaan muualla tapahtuvaan toimintaan.

Noin kolme neljästä (78 %) arvioi säännöllisesti asiakkaan todellista suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa, sekä keskustelelee asiakkaan kanssa hänen osallistumisestaan oman toimintakyvyn tukemiseen. Melkein kaikki (96 %) huomioivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteuttaessaan toimintakykyä tukevaa työskentelyä.

Noin puolet (48 %) huomioi jokseenkin asiakkaan aktiivisena toimijana, kun reilusti alle puolet (37 %) huomioi heidät täysin. Suurin osa (89 %) kuitenkin jollain tasolla kannustaa asiakasta toimimaan aktiivisesti toimintakykynsä ylläpitämiseksi. Kaikki kannustavat asiakasta toimimaan arjen toiminnoissa omien voimavarojen puitteissa. Hieman yli puolet (55 %) eivät olleet täysin samaa mieltä toimintakykyä ylläpitävien aktiivisten toimien tekemisestä yhdessä asiakkaan kanssa. Kaikki osaavat perustella asiakkaalle osallistumisen tärkeyttä toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Melkein kaikki (85 %) toimii asiakkaan kotona toimintakykyä ylläpitävästi hänen kotonaan. (Kuvio 6.)

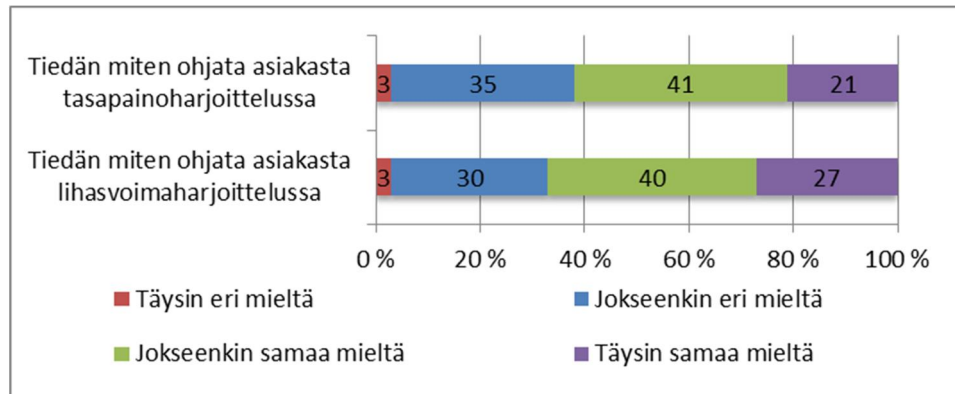


Kuvio 6. Asiakkaan osallistuminen (n=27)

Kaikki huomioivat asiakkaan senhetkistä mielialaa työskennellessään ja kaikki myös huomioivat asiakkaan päivittäisiä tapahtumia kotikäynnillä. Melkein kaikki (92 %) huomioi asiakkaan senhetkistä ravitsemustilaa joko täysin tai jokseenkin ja suurin osa (85 %) tunnistaa ravitsemustilan vaikutukset toimintakykyyn.

Runsaat puolet (70 %) huomioi työskennellessään asiakkaan sosiaalisesta ympäristöstä saamaa tukea ja suurin osa (96 %) osaa hyödyntää työskennellessään asiakkaan fyysistä ympäristöä. Melkein kaikki (92 %) ottaa myös huomioon asiakkaan fyysisessä ympäristössä olevat rajoitteet.

Yli puolet (67 %) osaa täysin tai jokseenkin ohjata asiakasta lihasvoimaharjoittelussa ja hieman yli puolet (62 %) päätyi samaan tulokseen tasapainoharjoittelun kanssa (kuvio 7).



Kuvio 7. Lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu (n=27)

7.5 Itsensä kehittämisen tarpeet

Itsensä kehittämisen tarpeisiin liittyvään kysymykseen vastasi yli puolet (59 %). Suoranaisesti asiakkaisiin kohdistuvia kehittämistoiveita olivat mm. asiakkaan taustojen parempi tunteminen, asiakkaan tietojen päivittäminen ja ajankäyttöä enemmän itse asiakastyöhön. Työskentelyn helpottamiseksi toivottiin kehittymistä oikeanlaisten apuvälineiden käytössä, apuvälinelainaamoon tutustumiskäyntiä, yhteistyötä eri tahojen kanssa, kuten fysioterapeutin ja vuodeosaston sekä asiakkaan luona käytettäväksi selviä ohjeita. Asiakkaan toimintakykyyn liittyviin kehittämistarpeisiin toivottiin lihasvoimaharjoitteluja ja tasapainokoulutusta sekä hoitajien omien rajojen tunnistamista. Myös työyhteisöön liittyviä kehittämistarpeita tuotiin esille, kuten yhdessä sovittujen näyttöön perustuvien toimintamallien noudattaminen, asioista selvää ottaminen sekä tietotaidon ylläpitäminen.

7.6 Koulutustarve

Koulutusta halusi alle puolet (44 %) vastaajista, joista 2 ei tiennyt, minkälaista koulutusta he haluaisivat. Tarpeet liittyivät seuraaviin kokonaisuuksiin. Asiakkaan toimintakykyä tukevaan työskentelyyn haluttiin nostokoulutusta, kuntahoitajan tai vastaavanlaisen koulutusta, kinestetiikka-koulutusta sekä kuntouttavaan työotteeseen liittyvää koulutusta. Työntekijän omia koulutuksia haluttiin mm. hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoa, tietojen päivytystä, toimintakykyä ylläpitävän työskentelyn oppimista, oman toiminnan ylläpitämistä sekä yleensäkin opiskelu ja koulutus koettiin hyväksi. Asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäviin apuvälineisiin haluttiin niiden käyttöön liittyvää koulutusta, huonokuntoisille oikeanlaisia siirtotek-

niikoita niin että asiakas pystyisi itse osallistumaan mahdollisimman paljon sekä myös omaisille saada enemmän tietoa hoitoa tukevista apuvälineistä.

8 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

8.1 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn muutoksia tunnistaa suurin osa vastaajista, mikä on erinomainen tulos. Hyvä tunnistamisprosentti edesauttaa asiakkaan saamaa tukea toimintakyvyn muuttuessa ja ongelmien tullessa. Kun taas asiakkaan elämänsä kaaren tunteminen tuotti selkeää hajontaa ja voidaan tulkita, että suurin osa ei elämänsä kaarta tunne. Siihen pitäisi jatkossa kiinnittää huomiota, koska asiakkaan elämänsä kaaren tunnistamisella on suuri merkitys suunniteltaessa toimintakykyä tukevaa työskentelyä. Asiakkaiden eletty elämä ja elämäkokemukset muovaavat heidän tarvettaan saada apua ja tulla autetuksi. Lisäksi eletyn elämän tunteminen on tärkeää, koska sieltä nousee asioita, jotka voivat vaikuttaa myöhemmin asiakkaan toimintakyvyn muutoksiin ja ongelmiin. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 33.)

Ikäihmisen fyysinen toimintakyky voi muuttua jopa päivittäin. Noin puolet vastaajista ilmoitti arvioivansa asiakkaan fyysistä toimintakykyä ja liikkumiskykyä säännöllisesti. Näiden vastausten perusteella, tulisi arviointiin kiinnittää jatkossa enemmän huomiota, koska STM:n (Sosiaali- ja terveysministeriö) valmisteleva vanhuspalvelulakikin ehdotuksessaan toi ilmi, että laadukkaasti toteutettu kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja edistää asiakkaan kuntoutumista. (STM 2012.)

Kaikki kotihoidon työntekijät arvioivat asiakkaan apuvälineiden tarvetta, joka on todella hyvä tulos. Suurin osa myös tietää mistä apuvälineitä saa ja osaavat ohjata asiakkaita niiden hankinnassa. Nämä tulokset ovat hyviä. Apuvälineillä tuetaan ihmisen päivittäisiä toimia ja niiden avulla asiakas saattaa pystyä asumaan kotonaan pidempään. Työntekijän tehtävänä on huolehtia asiakkaan turvallisuudesta esimerkiksi erilaisilla apuvälineillä, jotka voivat edesauttaa asiakkaan selviytymistä ja itsenäistä liikkumista tai olla avuksi hänen hoitamisessaan. (Sufuca N.d)

Vähän yli puolet vastaajista kokee osaavansa arvioida asiakkaan voimavaroja tilanteissa, joissa tarvitaan fyysistä toimintakykyä. Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat fyysistä toimintakykyä selvitäkseen päivittäisistä toiminnoistaan, joten vastaajien itsensä ehdottama kuntohoitajan tarjoama palvelu tai koulutus saattaisi olla tarpeen. Toimintakyvyn heiketessä, saattaa myös kotona asuminen heikentyä puutteellisten tai epäkäytännöllisten tilojen vuoksi. Moniammatillisen yhteistyön tärkeys korostuu ja asiakkaalle voidaan luoda turvalliset, kodinomaiset ja esteettömät tilat kotona asumisen tueksi. (Aejmelaeus ym. 2007, 44-45.)

Asiakkaan psyykkistä toimintakykyä ja muuttunutta mielialaa arvioi kaikki vastaajista. Tämäkin on erinomainen tulos, koska psyykkinen hyvinvointi ja mielialan vaihtelut ovat olennainen osa asiakkaan toimintakykyä

päivittäin. Fyysiset ja psyykkiset muutokset toimintakyvyssä vaikuttavat asiakkaan toimintakykyyn ja edesauttavat asiakkaan liikkumista jos ne ovat positiivisia. Kun fyysiset ja psyykkiset toimintakyvyn muutokset ovat negatiivisia, asiakas ei välttämättä lähde liikkeelle vaan jää mielellään esim. sänkyyn. (Sufuca n.d). Asiakkaan mielialalla on suuri merkitys liikkumiseen ja liikkeelle lähtöön. Psyykkinen hyvinvointi on yhtä kuin positiivinen elämänasenne, sairaudet ja niiden oireet eivät vaikuta siihen. (Turjamaa, Hartikainen & Pietilä 2011,10.)

Noin neljäsosa vastaajista arvioi asiakkaan yksinäisyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä sosiaalista toimintakykyä ja noin neljä viidestä vastaajasta tunnistaa asiakkaan sosiaalisten tilanteiden vähyys. Näihin asioihin voisi jatkossa panostaa, koska sosiaalisuus ja yksinäisyys vaikuttavat asiakkaan mielialaan ja sitä kautta myös toimintakykyyn. Asiakkaan sosiaalinen toimintakyky on yksinäisyyteen ja sen syihin vaikuttava tekijä. Jos sosiaalisia tilanteita on vähän, asiakkaan yksinäisyys lisääntyy. (Sufuca n.d). Samalla sosiaalisten tilanteiden vähyys lisääntyy joka omalla sarallaan lisää taas yksinäisyyttä. On myös asiakkaita jotka viihtyvät mielellään yksin eivätkä koe tarvitsevänsä sosiaalisia kanssakäymisiä. Mutta pitäisi pystyä huolehtimaan että asiakkaalla, joka haluaa sosiaalisia kanssakäymisiä, olisi mahdollinen niitä myös saada.

Koska älyllinen toimintakyky on merkittävässä roolissa kotona asumisen kannalta, tuotti tämän arviointiin kohdennetut väittämät hyvän tuloksen.

8.2 Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu

Alle puolet keskustelee asiakkaan kanssa laatiessaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja yli puolet kokee asian tärkeänä. Lisäksi yli puolet päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmaa, kun asiakkaan tilassa tapahtuu muutoksia. Tulos on pieni, vaikka STM on todennut, että hoito- ja palvelusuunnitelmat tulee laatia yhdessä asiakkaan kanssa ja että ne tulee tarkistaa säännöllisesti tai tarvittaessa. (STM 2012). Lisäksi on hyvä pitää mielessä, että asiakkaan henkilökohtainen arvio toimintakyvystään, on suoraan yhteydessä hänen terveyteensä, sairauksiinsa, asenteisiinsa, toiveisiinsa ja niihin tekijöihin, jotka ovat haitaksi hänen päivittäisistä askareista suoriutumisesaan. (Laine 2006.)

Suurin osa (68 %) ei tee yhteistyötä omaisten kanssa laatiessaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tämä on paljon, koska omaiset tuntevat parhaiten asiakkaat ja heidän tarpeensa. Kuitenkin selkeästi yli puolet (68 %) vastasivat ottavansa asiakkaan toiveet huomioon, mikä on kohtalainen tulos. Asiakkaat ja omaiset tulisi ottaa paremmin mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa, koska he ovat asiakkaan toimintakyvyn ja elämän todellisia asiantuntijoita. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 33.) Hoitajat viettävät kuitenkin niin pienen aikaa päivästä yksittäisten asiakkaiden kanssa, ettei heillä ole välttämättä todellista tietoa asiakkaan tarpeista. Suurin osa (84 %) otti huomioon asiakkaan rajoitteet ja voimavarat laatiessaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa, mikä on hyvä tulos.

Toimintakyvyn mittareiden tunteminen ja käyttö tuottivat kohtalaisen pienen tuloksen. Tulos olisi saanut olla suurempi, koska ne ovat ainoa olemassa oleva konkreettinen tapa selvittää asiakkaan olemassa olevaa toimintakykyä. Siksi kotihoidossa olisikin tärkeää yhdessä pohtia, mitkä mittarit soveltuvat parhaiten juuri kotihoidon asiakkaiden tarpeisiin ja ottaa ne systemaattisesti käyttöön. Huolellisella perehtymisellä olemassa oleviin mittareihin taataan, että käytettävät mittarit ovat käyttökelpoisia tietyille asiakkaalle, tiettyyn käyttötarkoitukseen ja tiettyyn ympäristöön. (Laine 2006.)

Aiemmissa tutkimuksissakin on todettu, että hoito- ja palvelusuunnitelmia ei kotihoidossa päivitetä säännöllisesti. Tässä tutkimuksessa tultiin samaan johtopäätökseen. Kuitenkin, jotta toiminta olisi tavoitteellista, tulisi tähän kiinnittää enemmän huomiota. Sen lisäksi, että asiakkaan toimintakyky voi heikentyä, on muistettava että sillä on myös mahdollisuus parantua. Tärkeää on myös huomioda, että avuntarve ja toimintakyky eivät ole pysyviä tiloja, vaan niihin on mahdollisuus vaikuttaa. Varsinkin, jos hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittu tavoitteelliseksi ja sitä käytetään työskentelyn apuna. (Kuusela ym. 2010, 105–106.)

8.3 Toimintakyvyn tukemisen toteutus

Kaikkien osatessa ohjata asiakasta fyysisissä toiminnoissa, ei tähän tarvita koulutusta eikä kehittämistä tähän hätään. Suurin osa osaa myös ohjata asiakasta osallistumaan muualla tapahtuvaan toimintaan sekä kannustavat asiakasta hyödyntämään ympäristöstä saamaansa tukea.

Suurin osa arvioi säännöllisesti asiakkaan todellista suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa, mikä jättää avoimeksi kysymyksen, millä tavalla he sen tekevät. Kuitenkin vain hieman yli puolet tietää toimintakyvyn arvioinnin mittareista ja tasan puolet käyttää niitä.

Melkein kaikki huomioivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteuttaessaan toimintakykyä tukevaa työskentelyä. Luku on erinomainen, mutta silti pitäisi kiinnittää huomiota siihen neljään prosenttiin, jotka eivät huomioi. Kotihoito työskentelee asiakkaiden kotona, jossa asiakkaalla on täysi itsemääräämisoikeus. Vai onko tällä neljällä prosentilla ollut vastatessaan ajatuksena ne asiakkaat, joita täytyy hieman patistaa, että heidät saataisiin osallistumaan?

Suurin osa keskustelee ainakin jollain tasolla asiakkaan kanssa hänen osallistumisestaan oman toimintakykynsä tukemiseen ja suurin osa myös ottaa asiakkaan huomioon aktiivisena toimijana. Tämä tulos on hyvä, mutta asiasta kannattaisi kuitenkin vielä keskustella, jotta vielä suurempi osa toteuttaisi näitä asioita. Asiakkaat pystyvät olemaan kauemmin kotona, mitä enemmän heidät saa osallistumaan päivittäisiin toimintoihin. Suurin osa kuitenkin kannustaa asiakkaita omatoimisuuteen, jotta heidän toimintakykynsä paranisi tai ainakin pysyisi samalla tasolla.

Suurin osa tekee yhdessä asiakkaan kanssa toimintakykyä ylläpitäviä aktiivisia toimia, kuitenkin huomion arvoista on, että yli puolet (55 %) oli

asian kanssa jokseenkin samaa mieltä ja jopa kolmas osa jokseenkin eri mieltä. Kaikki kuitenkin osaavat vastausten perusteella perustella asiakkaalle asian tärkeyttä ja suurin osa myös toimii asiakkaan kanssa toimintakykyä ylläpitävästi hänen kotonaan. Asiakas pitäisi nähdä aktiivisena toimijana ja yhdessä tekemällä toimintakyky saadaan säilymään pidempään, jos asiakas ei kykene tekemään askareita täysin omatoimisesti. (Vähäkangas & Noro 2009, 99–105.)

Asiakkaan sen hetkistä mielialaa ja päivittäisiä tapahtumia huomioi jokainen kotikäynneillään, mikä on tärkeää, koska se vaikuttaa asiakkaan sen hetkiseen toimintakykyyn olennaisesti ja liittyvät myös pitkälti toisiinsa.

Suurin osa arvioi asiakkaan ravitsemustilaa ja tunnistaa sen vaikutukset toimintakykyyn. Ravitsemustilalla on suuri merkitys toimintakykyyn kannalta, joten tämän luvun soisi olevan vielä lähempänä sataa.

Suurin osa osaa hyödyntää asiakkaan fyysistä ympäristöä työskennellessään ja ottaa huomioon fyysisen ympäristön rajoitukset työskennellessään, mikä on hyvä. Fyysisen ympäristön huomioiminen edesauttaa asiakkaan selviytymistä omassa arjessaan omassa fyysisessä ympäristössään. (Sufuva n.d.) Sosiaalisten suhteiden huomioimiseen olisi toivonut suurempaa prosenttilukua, koska tulevaisuudessa joudumme yhä enemmän turvautumaan myös asiakkaan omaisiin ja läheisiin hoito ja palvelua suunnitellamme.

Lihas- ja tasapainoharjoittelun tulokset osoittavat, että niitä ei täysin osata. Kuitenkin kotona asumisen ja toimintakyvyn kannalta niillä on suuri merkitys asiakkaalle.

8.4 Itsensä kehittäminen ja koulutustarve

Itsensä kehittämisen osalta vastaukset olivat hyviä ja vastausten määrä osoitti, että asiaa oli mietitty. Kotihoidossa on ajoittain kiirettä, mutta silti työntekijöillä näyttäisi olevan aikaa miettiä miten toteuttaa toimintakykyä tukevaa työskentelyä paremmin. Vastaukset myös osoittivat, että toimintakykyä tukevaa työskentelyä halutaan kehittää. Tätä tukee myös aikaisemmin teoriassa esiin tullut asia, että jokaisella pitäisi olla käsitys siitä, miten ikääntyminen vaikuttaa asiakkaan elämään, terveyteen ja toimintakykyyn. Osaltaan meneillään oleva täydennyskoulutus vastaa näihin kysymyksiin, mutta vastaajien toivoma koulutus toimintakyvystä ja sen tukemisestakin voisi olla hyvä toteuttaa resurssien puitteissa.

Noin puolet vastaajista halusi koulutusta, mikä on aika vähän kun ajattelee, että kyselyn tuloksien mukaan sitäkin voitaisiin tarvita. Vastausprosenttiin saattaa vaikuttaa se, että tällä hetkellä kotihoidossa on meneillään pitkä täydennyskoulutus eikä työntekijät halua tässä kohtaa ajatella muita mahdollisia koulutuksia. Kuitenkin esille nostetut koulutustoiveet olivat hyviä ja realistisia.

8.5 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että toimintakykyä tukeva työskentely toteutuu kotihoidossa tällä hetkellä suhteellisen hyvin. Työntekijöistä suuri osa on tietoisia toimintakyvyn tukemisen osa-alueista ja työskentelevät asiakkaiden kanssa niiden mukaisesti.

Tulevaisuudessa tulee lisähaastetta työskentelyyn tuomaan se, että hoitajia on vielä vähemmän kuin hoidettavia tähän hetkeen verrattuna. Siksi asiaan tulisi panostaa jo nyt, jotta luotuja toimintamalleja olisi jokaisen helppo tulevaisuudessakin toteuttaa ja viedä eteenpäin uusille työntekijöille.

Opinnäytetyön tekijät toteavat, että tulokset ovat hyödynnettävissä kotihoidossa resurssien puitteissa.

8.6 Kehittämisehdotukset

Suurin osa työntekijöistä haluaisi enemmän aikaa asiakkaan kanssa. Kaikkeen edellä mainittuun viitaten, toive kuulostaa hyvältä. Jos asiakkaalle olisi enemmän aikaa, olisi mahdollisuus tutustua paremmin hänen elämänsänsä ja keskustella hänen kanssaan hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja sen sisällöstä. Kuitenkin on muistettava se tosiasia, että vanhusten määrä tulee lisääntymään, kun taas hoitajien ei. Tämä tarkoittaa sitä, että ajan löytäminen yksittäisille asiakkaille tulee olemaan tulevaisuudessa entistä haasteellisempaa.

Muutamia kehittämisideoita:

- Asiakkaiden elämänsänsä tutustuminen
- Erilaisiin toimintakyvyn mittareihin tutustuminen ja käyttöön otto
- Asiakkaiden ja heidän omaisten huomioonotto hoitoa ja palvelua suunniteltaessa
- Asiakkaiden yksinäisyyden ja siihen liittyvien tekijöiden huomiointi
- Vastaajien omien toiveiden huomiointi resurssien puitteissa
- Kuntohoitajan antama koulutus
- Aiemmissa koulutuksissa olleiden osallistujien oppien hyödyntäminen työyhteisössä mm. tasapainokoulutus

LÄHTEET

- Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy.
- Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. 2009. Hoiva ó Tutkimus, politiikka ja arki. Tallinna: Tallinna raamatutrukikoda.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmassa. Hoitotiede 1/2009. 34 44.
- Harri-Lehtonen, O., Numminen, H. & Vesala, H. 2007. Kehitysvammaliitto. Verner. Kehitysvammaisuus. Ikääntyminen. Toimintakyvyn ylläpito. Ylläpitävä työote. Viitattu 11.10.2012.
<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/toimintakyvyn-yllapito/yllapitava-tyoote.html>
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.
- Kuusela, M., Hupli, M., Johansson, K., Routasalo, P. & Eloranta, S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 2/2010. 96 107.
- Käypä hoito. 2012. Suositukset. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 27.4.2013
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix00522>.
- Laine, K. 2006. Omaan elämään - Turvallisen asumisen projekti. Asumis- palvelusäätiö ASPA. Sosiaaliportti. Vammaispalvelujen käsikirja. Arviointimenetelmiä. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 2.4.2013
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. 22.9.2000. Viitattu 7.5.2013
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi, hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: ISBN.

Nummijoki, J. 2009. Vanhuksen toimintakyky. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L, Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Juva: WS Bookwell Oy. 89 91

Numminen, H. & Vesala, H. 2011a. Kehitysvammaliitto. Verner. Kehitysvammaisuus. Ikääntyminen. Muutokset. Toimintakyky. Viitattu 11.10.2012.

<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/muutokset/toimintakyky.html>

Numminen, H. & Vesala, H. 2011b. Kehitysvammaliitto. Verner. Kehitysvammaisuus. Ikääntyminen. Muutokset Suomessa. Viitattu 11.10.2012. <http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/muutokset/suomessa.html>

Seppälä, H. 2011. Kehitysvammaliitto. Verner. Kehitysvammaisuus. Ikääntyminen. Muutokset. Psykkinen terveys. Viitattu 11.10.2012

<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/muutokset/psykkinen-terveys.html>

STM 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Viitattu 3.12.2012

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf

STM 2012. Ikääntyneet. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvelujen saannin turvaaminen (ns. vanhuspalvelulaki). Viitattu 10.10.2012.

http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyneet

Sufuca. N.d. Toimintakyvyn tukemisen menetelmät. Vanhusten toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla. Viitattu 2.4.2013

http://www.sufuca.fi/fi/methods_and_activities_for_supporting_fi.html

Turjamaa, R., Hartikainen, S. & Pietilä, A-M. 2011. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ósystemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 9(4), 10.

Valio. 2013. Ammatillaiset. Ravitseminen ja terveys. Vanhusten ravitseminen. MNA-testi. Viitattu 27.4.2013

http://ammattilaiset.valio.fi/portal/page/portal/ammattilaiset/ravitseminen_ja_terveys/ravitseminen/vanhusten_ravitseminen26022009160252/ravitsemustilan_arviointi16022010085059/ravitsemustilan_arviointi_mna_testin_avulla16022010123522.

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. *Hoitotiede* 2/2009. 97–108.

SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja

Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa ja valmistumme sairaanhoitajiksi. Olemme tekemässä opinnäytetyötä kotihoitoon, nimellä Asiakkaan toimintakykyä tukeva työskentely kotihoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena tuottaa tietoa asiakkaan toimintakykyä tukevasta työskentelystä kotihoidossa, jonka avulla voidaan kehittää työtapoja joilla mahdollistetaan asiakkaan kotona asuminen pidempään. Työn tavoitteena on myös selvittää työntekijöiden koulutustarpeet.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella joka annetaan jokaiselle paperisena täytettäväksi. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen saa keskeyttää milloin tahansa. Lomakkeet tullaan käsittelemään ehdottomalla luottamuksella, eikä kenenkään henkilöllisyys tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Vastausaikaa on kaksi (2) viikkoa, kuitenkin 28.2.2013 saakka ja vastaukset voi palauttaa toimistolla olevaan suljettuun palautuslaatikkoon. Koottu aineisto tullaan hävittämään, kun tutkimus on valmis ja tulokset raportoitu. Saadut tulokset tullaan esittämään koko henkilökunnalle keväällä 2013. Jotta tutkimuksen luotettavuus ei kärsi, toivomme että mahdollisimman moni vastaa kyselyyn.

Erillistä suostumusta tutkimukseen ei tarvita, osallistuminen katsotaan suostumukseksi. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii lehtori Leena Ahonen Hämeen ammattikorkeakoulusta.

Mikäli sinulla on kysyttävää tutkimuksesta tai siihen osallistumisesta, voit ottaa yhteyttä allekirjoittaneisiin.

Ystävällisin terveisin

Sini Kylämäki

050-4908346

sini.kylamaki@student.hamk.fi

Minna Ratas

040-7673539

minna.ratas@student.hamk.fi

Kyselylomake

Ystävällisesti pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin totuuden mukaisesti. Vastaamme mielellämme mahdollisiin esille tulleisiin lisäkysymyksiin.

TAUSTATIEDOT:

Työkokemus vuosina: _____ vuotta

Toiminimike: Sairaanhoidtaja, Perus/lähihoitaja, Kodinhoitaja, Kotiavustaja (ympyröi)

Ympyröi jokaisen väittämän kohdalta
numero, joka vastaa parhaiten mielipidettäsi asiasta.

- 1 vastaa täysin eri mieltä
2 jokseenkin eri mieltä
3 jokseenkin samaa mieltä
4 täysin samaa mieltä.

Väittämä	Arvioi asteikolla 1-4			
Toimintakyvyn arviointi				
Tunnistan muutokset asiakkaan toimintakyvyssä	1	2	3	4
Tunnistan mahdolliset ongelmat asiakkaan toimintakyvyssä	1	2	3	4
Tunnen asiakkaan elämänkaaren	1	2	3	4
Arvioin asiakkaan fyysistä toimintakykyä säännöllisesti	1	2	3	4
Arvioin asiakkaan liikkumiskykyä säännöllisesti	1	2	3	4
Arvioin asiakkaan apuvälineiden tarvetta	1	2	3	4
Arvioin asiakkaan voimavaroja tilanteissa, joissa tarvitaan fyysistä toimintakykyä.	1	2	3	4
Arvioin asiakkaan psyykkistä toimintakykyä	1	2	3	4
Tunnistan asiakkaan muuttuneen mielialan	1	2	3	4
Arvioin asiakkaan sosiaalista toimintakykyä	1	2	3	4
Tunnistan asiakkaan yksinäisyyden ja siihen vaikuttavat tekijät	1	2	3	4
Tunnistan asiakkaan sosiaalisten tilanteiden vähyiden	1	2	3	4
Arvioin asiakkaan älyllistä toimintakykyä (esim. muisti/orientaatio/hahmottaminen)	1	2	3	4
Tunnistan asiakkaan älylliset toimintakyvyn ongelmia	1	2	3	4
Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu				
Osaan ohjata asiakasta tai hänen omaisiaan hankkimaan tarvittavia apuvälineitä	1	2	3	4
Tiedän mistä tarvittavia apuvälineitä voi hankkia	1	2	3	4
Asiakkaat saavat helposti tarvittavat apuvälineet	1	2	3	4

Keskustelen asiakkaan kanssa laatiessani hoito- ja palvelusuunnitelmaa	1	2	3	4
Koen tärkeänä em. suunnitelman teon yhdessä asiakkaan kanssa	1	2	3	4
Päivitän hoito- ja palvelusuunnitelmaa kun asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia	1	2	3	4
Teen yhteistyötä omaisten kanssa laatiessani hoito- ja palvelusuunnitelmaa	1	2	3	4
Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä otan huomioon asiakkaan toiveet	1	2	3	4
Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä otan huomioon asiakkaan toimintakyvyn rajoitteet ja voimavarat	1	2	3	4
Olen tietoinen asiakkaan toimintakykyä arvioivista mittareista	1	2	3	4
Käytän toimintakyvyn mittareita arvioidessani asiakkaan toimintakykyä	1	2	3	4
Toimintakyvyn tukemisen toteutus				
Osaan ohjata asiakasta fyysisissä toimissa (esim. ylösnousu)	1	2	3	4
Kannustan asiakasta hyödyntämään ympäristön antama tuki (sosiaaliset suhteet)	1	2	3	4
Kerron ja ohjaan asiakasta osallistumaan muual- la tapahtuvaan toimintaan	1	2	3	4
Arvioin säännöllisesti asiakkaan todellista suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa	1	2	3	4
Huomioin asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteuttaessani toimintakykyä tukevaa työskente- lyä	1	2	3	4
Keskustelen asiakkaan kanssa hänen osallistumi- sestaan oman toimintakykynsä tukemiseen	1	2	3	4
Otan asiakkaan huomioon aktiivisena toimijana	1	2	3	4
Kannustan asiakasta toimimaan aktiivisesti toi- mintakykynsä ylläpitämiseksi	1	2	3	4
Kannustan asiakasta toimimaan omien voimava- rojensa puitteissa arjen toiminnoissa	1	2	3	4
Teen yhdessä asiakkaan kanssa toimintakykyä ylläpitäviä aktiivisia toimia	1	2	3	4
Osaan perustella asiakkaalle miksi osallistumi- nen on tärkeää hänen toimintakykynsä ylläpitä- miseksi	1	2	3	4
Toimintani asiakkaan kotona on toimintakykyä ylläpitävää	1	2	3	4
Huomioin asiakkaan senhetkistä mielialaa työskentellessäni	1	2	3	4
Huomioin asiakkaan päivittäisiä tapahtumia ko-	1	2	3	4

tikäynnillä

Huomioin asiakkaan senhetkisen ravitsemustilan	1	2	3	4
Tunnistan asiakkaan ravitsemustilan vaikutukset toimintakykyyn	1	2	3	4
Huomioin asiakkaan sosiaalisesta verkostosta saaman tuen työskennellessäni	1	2	3	4
Osaan hyödyntää asiakkaan fyysistä ympäristöä työskennellessäni	1	2	3	4
Otan huomioon fyysisessä ympäristössä olevat rajoitukset	1	2	3	4
Tiedän miten ohjata asiakasta lihasvoimaharjoittelussa	1	2	3	4
Tiedän miten ohjata asiakasta tasapainoharjoittelussa	1	2	3	4

Ystävällisesti vastaisitko vielä tähän kysymykseen.

1. Mikä auttaisi sinua itseäsi kehittymään toimintakykyä tukevassa työskentelyssä?
2. Minkälaista työkykyä ylläpitävää koulutusta koet tarvitsevasi?

Kiitos vastaamisesta.